

# RYAVEC & Fils s.c.

## ATTESTATION MEDICALE

Police n° .....  
N/réf : .....

### BUREAU D'ASSURANCES

Ryavec & Fils s.c.  
rue de la Station 44  
4670 Blegny  
Tél. : 04 387 45 41 Fax : 04 387 43 98

### PRENEUR D'ASSURANCE

Nom et Prénom : .....  
Rue et numéro : .....  
Code postal et Commune : .....

### RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA VICTIME

Nom et Prénom : .....  
Rue et numéro : .....  
Code postal et Commune : .....  
Date de l'accident : .....

### CONSTATATION MEDICALE

#### A remplir à la première consultation

1. L'accident a causés les lésions suivantes: .....  
.....  
.....

2. Entraînant  la mort de la victime  
 une incapacité partielle du ..... au ..... à ..... %  
 une incapacité totale du ..... au ..... à ..... %

3. L'incapacité a pris cours le: .....

4. Suite probable de l'accident: - invalidité permanente:  totale  partielle  
due à.....  
-  guérison complète

